|  |
| --- |
| **\*záznam je určený pre zdravotníckeho pracovníka v škole****Názov a adresa školy:**  |

|  |
| --- |
| **ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM**  |
| **Meno, priezvisko dieťaťa:** **Rodné číslo: Zdravotná poisťovňa:** **Rodič/zákonný zástupca dieťaťa:** (Meno a priezvisko, adresa, tel. kontakt)  |
| **Vstupný záznam posúdenia zdravotného stavu dieťaťa** |
| Alergie: □ nie □ áno, aká: Hmotnosť: ............. kg Výška: ............ cm TK: ..................... mmHg P: ................... / min.  |
| Mobilita: problém □ nie □ áno, aký: Kompenzačné pomôcky: □ nie □ áno, aké:Diétne obmedzenie: □ nie □ áno, aké: Stravovanie: □ samostatne □ s pomocou □ enterálna výživa □ iné zistenia:Nazogastrická sonda: □ nie □ áno (dátum zavedenia): Vylučovanie: problém □ nie □ áno, aký: Močenie: problém □ nie □ áno, aký: PK: □ nie □ áno (dátum zavedenia): Plienky: □ nie □ áno Stómia: □ nie □ áno, druh: Koža: problém □ nie □ áno, aký: Zrak: problém □ nie □ áno, aký: Sluch: problém □ nie □ áno, aký: Kompenzačné pomôcky: □ okuliare □ šošovky □ načúvací aparátReč: problém □ nie □ áno □ poruchy reči, aké: Sociálny stav: □ normálne sociálne prostredie □ slabé sociálne prostredie □ náhradná starostlivosťIné zistenia:.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Odporúčaná liečba pediatra: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| Čas a dátum: Podpis rodiča/zákonného zástupcu: Podpis zdravotníckeho pracovníka:  |

|  |
| --- |
| **Názov a adresa školy, v ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť:** |
| **Meno, priezvisko dieťaťa:**  | **Rodné číslo:** |
| **Dátum a čas zápisu:** | **Rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb** **súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,** **identifikácia ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka:** meno, priezvisko a podpis |
|  |   |